Aus der Kinderklinik der Universität Breslau
(Direktor: Prof. Dr. Stolte).

Über die Heilungsaussichten chronischer Influenzaerkrankungen im Kindesalter.

Auszug aus einer Schrift
zur
Erlangung der medizinischen Doktorwürde
bei der
medizinischen Fakultät der Schlesischen
Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau,

vorgelegt von

Dagmar Kutsche,
Medizinalpraktikantin am Städt. Krankenhaus
zu Liegnitz.

Breslau 1923.

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Breslau.

Berichterstatter: Prof. Dr. Stolte.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Druck von H. Krumbhaar, Buch- und Kunstdruckerei, Liegnitz.

Gelegentlich der Grippeepidemie in den Jahren 1918 und 20 — vereinzelt auch in den früheren, dazwischen liegenden und späteren Jahren — gelangten an der Breslauer Univ.-Kinderklinik bei einer größeren Anzahl von Kindern Lungenerkrankungen zur Beobachtung, als deren Erreger Influenza-Bazillen festgestellt wurden und die einen grade für das Kindesalter typischen Befund ergaben.

Auf Grund des s. Zt. erhobenen klinischen Befundes ließen sich die einzelnen Krankheitsfälle in 3 Gruppen einordnen. Es handelte sich

1. um subakute Bronchopneumonien mit oder ohne Bronchiolektasenbildung,
2. um chronische Bronchopneumonien mit oder ohne Bronchiolektasenbildung und
3. um chronische Bronchitiden mit Bronchiolektasenbildung.

Um Aufschluß über das weitere Schicksal dieser Kinder zu erhalten, wurden diese, so weit erreichbar, im Frühjahr 1922 nochmals einer Nachuntersuchung unterzogen. Insgesamt stellten sich uns 36 Kinder vor, deren Verteilung auf die einzelnen Kindheitsperioden wesentliche Unterschiede aufweist. Während der akuten Erkrankung standen von den Kindern 3 im Säuglings-, 10 im Kleinkinder- und 23 im Schulalter.

Auf Grund der bei den Nachuntersuchungen erhobenen Befunde konnten wir die Kinder in 2 Gruppen einteilen.

Gruppe I umfaßt die „Geheilten", d. h. die Kinder, welche klinisch keinen pathologischen Lungenbefund mehr darboten und frei von Rückfällen waren, wenn auch bei einzelnen noch ein röntgenoskopischer Restbefund erhoben wurde.

Zu Gruppe II, den „Ungeheilten", zählen wir die Kinder, bei denen klinisch noch ein pathologischer Befund festzustellen war, auch wenn inzwischen Besserungen eingetreten waren.

Die Verteilung der beiden Gruppen auf die 3 verschiedenen ursprünglichen Krankheitsformen war folgende:

		davon geheilt	ungeheilt
Subakute Pneumonie . .	7	6	1
Chronische Pneumonie .	21	7	14
Bronchiolektasen	8	3	5
	36	16	20

Die Untersuchungen der als „geheilt" bezeichneten Fälle ergaben nachstehende Resultate: Die Krankheitsdauer lag zwischen 3 Wochen und 2 Jahren. Von 16 Kindern waren es 4, die noch zu Katarrhen neigten. 7 wiesen einen röntgenoskopischen Restbefund, 5 Konstitutionsanomalien — wie Rachitis, exsudative Diathese oder Skrofulose — und 6 eine anscheinend ungünstige Beeinflussung von Wachstum und Ernährung auf.

Bei unseren 20 als „ungeheilt“ bezeichneten Fällen fanden wir

in 1 Falle eine subakute Pneumonie mit Bronchiolektasen,
in 13 Fällen eine chron. Pneumonie mit Bronchiolektasen,
in 1 Fall eine chron. Pneumonie ohne Bronchiolektasen,
in 5 Fällen chronische Bronchitiden mit Bronchiolektasen.

Bei unserer Nachuntersuchung waren nachweisbar:

in 2 Fällen eine diffuse Bronchitis,
in 6 Fällen eine chronische Pneumonie, davon in 3 Fällen Bronchiolektasensymptome,
in 12 Fällen nur Bronchiolektasen.

Insgesamt konnten wir also in 15 von 20 Fällen Bronchiolektasensymptome nachweisen und somit das Fortbestehen des Krankheitsprozesses sicherstellen. Die wechselnden Befunde bei diesen Fällen und die Neigung zu Rezidiven bei den übrigen 5 Fällen macht es wahrscheinlich, daß bei allen hier beschriebenen chronischen Fällen Bronchiolektasen in der Lunge bestehen.

Röntgenoskopisch fand sich in 85 % ein pathologischer Restbefund, gegen 44 % bei den Geheilten. Dabei standen peribronchitische Stränge und vergrößerte Hilusdrüsen im Vordergrund, während die Lungenfelder selbst meist gleichmäßig hell waren.

Bei der Untersuchung des Auswurfs wurden stets Influenzabazillen nachgewiesen; Tuberkelbazillen fanden sich nicht.

Für die ungünstige Beeinflussung des Heilungsverlaufs durch die oben angeführten Konstitutionsanomalien oder gleichzeitig bestehende andere Erkrankungen spricht die Tatsache, daß in 11 von 20 Fällen neben der grippösen Infektion eines dieser Leiden bestand. In erster Linie scheint die floride Thoraxrachitis eine besondere Disposition für die Ausbildung chronischer Pneumonien zu schaffen.

Bei 5 Kindern fanden wir die Grippe als ausschlaggebend für eine Wachstumshemmung.

Leider werden viele Bronchiolektasenbilder anfangs sehr oft als Tbc. gedeutet. Es muß deshalb immer wieder darauf hingewiesen werden, daß im Kindesalter Allgemeininfektionen mit Influenzabazillen verhältnismäßig häufig zu chronischen Lungenerkrankungen führen können.

Selbst nach jahrelangem Bestehen kann ein chronischer Influenzaprozeß noch zur Ausheilung kommen. Die Krankheitsdauer der von uns bei der Nachuntersuchung als „geheilt“ bezeichneten Fälle überschritt allerdings nie den Zeitraum von 2 Jahren; jedoch halten wir uns für berechtigt, auch bei längerer Krankheitsdauer die Heilungsaussichten solange nicht als absolut ungünstig zu bezeichnen, als es nicht zur Ausbildung größerer, über weite Lungengebiete sich erstreckender Bronchiolektasen gekommen ist.